COLUMBIA LIBRARIES OFFSITE
HEALTH SCIENCES STANDARD
HX64054594
RD621 R412 1890 Ueber Herniolaparoto
R412
RECAP

Richter, O.
Ueber herniolaparotomie

COLUMBIA UNIVERSITY
THE
LIBRARIES
THE CITY OF NEW YORK
HEALTH

Digitized by the Internet Archive
in 2010 with funding from
Open Knowledge Commons

http://www.archive.org/details/ueberherniolapar00rich

Ueber Herniolaparotomie.

Inaugural-Dissertation,

welche

nebst den beigefügten Thesen

mit Genehmigung der

medicinischen Facultät der Königl. Universität Breslau

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

Sonnabend, den 9. August 1890, Mittags 12 Uhr

in der Aula Leopoldina

öffentlich verteidigen wird

Oswald Richter,
pract. Arzt.

Opponenten:
Drd. med. Paul Sackur, pract. Arzt,
Cand. med. Conrad Schubert.

Breslau, 1890.
Druck der Bresl. Genossensch.-Buchdr., E. G. m. u. H., Ursulinerstrasse 1.

Wellcome Library
RD621
R412

Gedruckt auf Antrag des Referenten
Herrn Geh. Medizinalraths Prof. Dr. Fischer.

AUG 23 1945

Seinem hochverehrten Lehrer

Herrn Professor Dr. Carl Partsch

in steter Hochachtung

sowie

Seinen theuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom Verfasser.

Mit dem Namen der Herniolaparotomie hat man eine Operation bezeichnet, die vielfach ihre Anwendung findet bei der operativen Behandlung jener Fälle von Bruch-einklemmungen, die Streubel*) zuerst unter dem Sammelnamen der »Scheinreductionen« zusammenfasste. Indem wir den Begriff der Scheinreduction, die einzelnen Arten derselben, den Mechanismus ihres Zustandekommens etc. nach der klassischen Arbeit Streubels als hinlänglich bekannt voraussetzen, auch im Laufe dieser Arbeit auf alle diese Punkte noch näher zu sprechen kommen werden, glauben wir vorerst die Aufmerksamkeit auf die oben erwähnte Operation richten zu müssen, die unser Interesse hauptsächlich dadurch in Anspruch nimmt, dass sie gewissermassen eine Mittelstellung einnimmt zwischen dem äusseren Bruchschnitt bei der Einklemmung in der Bruchpforte und der breiten Eröffnung des Abdomens bei innerem Darmverschluss. Den Beziehungen der Herniolaparotomie zu den beiden genannten Operationen näher zu treten, wird zunächst unsere Aufgabe sein.

Wenn wir uns das Operationsverfahren der Herniolaparotomie vergegenwärtigen, so sehen wir, dass die Schwierigkeiten und Gefahren dabei bis auf einen wesentlichen Punkt ganz dieselben sind wie bei der Ileus-Operation.

---

*) Streubel: Über die Scheinreductionen bei Hernien und insbesondere bei eingeklemmten Hernien. Aus »Verhandlungen der medicinischen Gesellschaft zu Leipzig, Bd. I.« 1864.

Hier wie dort eröffnen wir, um das einklemmende Hinderniss finden und lösen zu können, mittelst eines die Bauchdecken und das Peritoneum trennenden Schnittes die Bauchhöhle, hier wie dort stossen wir auf die technischen Schwierigkeiten, welche der Ausführung der Operation entgegenstehen und wesentlich durch die Enge des Operationsfeldes und durch den Kampf mit den geblähten, sich verwölbenden Darmschlingen bedingt sind; fortwährend und von allen Seiten drängt sich der Darm in Hände und Instrumente des Operateurs, erschwert so das an sich schon so complicirte Hantiren innerhalb der Bauchhöhle auf das äusserste und setzt am Schlusse der Operation dem Zurückbringen der aus der Bauchwunde hervorgezogenen Darmschlingen in die Bauchhöhle bedeutende Schwierigkeiten entgegen. Hier wie dort ferner ist die Gefahr, während oder bald nach der Operation den Patienten durch Collaps zu verlieren, die gleiche, und hier wie dort kämpfen wir mit der Gefahr, eine septische Infection des Peritoneums zu vermeiden, doppelt schwierig bei dem lebhaft entzündlich veränderten Peritoneum, bei der Nothwendigkeit vieler Manipulationen an der Darmserosa.

Einen grossen unschätzbaren Vortheil aber hat die Herniolaparotomie vor der Laparotomie beim Ileus voraus: dass wir auf Grund der anamnestischen und diagnostischen Merkmale im grossen Ganzen über Lage und Beschaffenheit der Einklemmung von vornherein orientirt und so bei der Operation zielbewusst vorzugehen in der Lage sind.

Sehen wir uns daraufhin die Diagnose bei der Ileus-Operation an. Wie verschwindend selten sind dort die Fälle, in denen wir vor der Eröffnung der Bauchhöhle auch nur eine annähernde Vorstellung von der speciellen Beschaffenheit und Lage der inneren Einklemmung haben und nach Massgabe der Verhältnisse haben können, wo uns z. B. in vorhandenen lokalen Symptomen, wie lokalisirter Schmerzhaftigkeit oder Anschwellung eine werthvolle Richtschnur für das operative Vorgehen gegeben ist! In der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle geht der Opera-

rateur ins Dunkle hinein: er weiss nicht, was er als Incarcerations-Ursache, er weiss nicht, wo er den Ort derselben finden wird, und wie oft findet er trotz der genauesten Kenntniss aller nur denkbaren Möglichkeiten und der sorgfältigsten Absuchung des Darmes das Hinderniss doch nicht.

Diese, in der Unsicherheit der Diagnose liegende Schwierigkeit kommt für die Herniolaparotomie im wesentlichen in Wegfall. Wir wissen oder erfahren, dass ein Bruch, eingeklemmt oder nicht eingeklemmt, vorhanden war, dessen von Seiten des Patienten oder auch des Arztes vorgenommene Reduction scheinbar gelungen ist. Trotzdem dauern die Einklemmungs-Erscheinungen fort, bezw. es treten solche auf, und der Patient bietet ganz das Bild eines von einer inneren Einklemmung Befallenen. Für unser operatives Vorgehen aber und das, was wir dabei finden werden, haben wir in dem Vorangegangenen werthvolle Anhaltspunkte. Zudem wissen wir, dass die räumliche Entfernung des scheinbar reducirten Bruches von dem ursprünglichen Orte seines Sitzes in der Regel eine sehr geringe zu sein pflegt, und kommen nun noch, wie das meist der Fall ist, lokale Symptome hinzu, so wird uns die mit Berücksichtigung aller dieser Punkte ausgeführte Operation in den meisten Fällen auf das Hinderniss führen und seine Beseitigung ermöglichen.

So theilt die Herniolaparotomie mit der Ileus-Operation die Gefahren, welche aus den technischen Schwierigkeiten und dem Zustande des Patienten erwachsen, hat vor ihr aber die Sicherheit des Vorgehens, die Vorzeichnung des Weges voraus.

Soviel zunächst über die Operation. Alle die übrigen Fragen, die für dieselbe noch in Betracht kommen, über den Zeitpunkt, an dem sie auszuführen ist, über den Einfluss, den dieser Zeitpunkt auf den Ausgang der Operation hat, über die Resultate der Operation selbst, sowohl im Allgemeinen, wie bei den einzelnen Arten der Scheinreductionen, über die Resultate im Vergleiche mit den statistisch festgestellten Resultaten der Laparotomie und Herniotomie,

alle diese Fragen werden am Schlusse dieser Arbeit ihre Erledigung finden, nachdem wir die für diese Betrachtung herangezogenen Fälle selbst kennen gelernt haben werden.

Ich gehe jetzt zu der Mittheilung eines Falles über, der mir durch die Güte des Herrn Professor Partsch behufs Veröffentlichung zur Verfügung gestellt wurde, und dessen operative Behandlung geradezu als Typus einer Herniolaparotomie anzusehen ist. Bemerkenswerth an diesem Falle ist auch, dass trotz einer seit neun Tagen bestehenden Einklemmung keine Darmgangrän vorhanden war.

Professor Dr. Partsch: Reposition en masse einer linksseitigen Inguinalhernie, Herniolaparotomie am 9. Tage, Heilung. — Am 22. Februar 1887 wurde ich von College B. zu einem ca. 50jährigen Manne gerufen, der acht Tage vorher sich selbst eine schon längere Zeit bestehende, nie durch ein Bruchband zurückgehaltene Leistenhernie reponirt hatte. Trotzdem die Bruchgeschwulst verschwunden war, trat kein Stuhl ein. Erst als sich deutlich fäculentes Erbrechen hinzugesellte, fühlte sich Patient veranlasst, ärztliche Hülfe in Anspruch zu nehmen. Hohe Klysmen hatten keinen Erfolg. Da sich in der linken Unterbauchhälfte eine vermehrte Resistenz mit leichter Dämpfung bemerkbar machte, wurde die Operation in Aussicht genommen. Ich fand den Mann in den primitivsten Verhältnissen in seinem Bett, alles, was er genoss, erbrechend, das Erbrechen vollständig fäculent, fast reiner Darminhalt; der Leib, mässig aufgetrieben, war nicht besonders empfindlich, nur Druck in der linken Leistengegend oberhalb derselben wurde schmerzhaft empfunden. Der Leistenkanal war beiderseits leer, von einem Bruchsacke nichts zu fühlen, die äussere Oeffnung des Kanals eben noch für die Spitze des Fingers durchgängig. Der Finger stösst am oberen Ende des Kanals auf eine Resistenz, die sich auch bei der Palpation des Hypogastriums deutlich fühlen liess. Hier zeigte sich ausser dem allgemeinen Meteorismus eine leichte Vorwölbung der Bauchwand, welche auch empfindlich war, und als der Ausgangspunkt der häufig auftretenden Koliken angegeben wurde. Das Allgemeinbefinden des Patienten war ein gutes. Kräfteverfall war mässig. Der Patient trug sogar zu seiner Operation die Hobelbank aus dem anstossenden Zimmer selbst herein. Puls 80, Temperatur nicht gesteigert. Wir schritten unter den ungünstigsten äusseren Verhältnissen

der mehr als einfachen Häuslichkeit zur Operation. Das Wasser zum Spülen und Waschen musste vor seiner Benutzung erst durch einen Kaffeesack filtrirt werden. Meinen Wunsch, den Kranken nach Breslau transportirt zu sehen, musste ich in Anbetracht des hochgradigen Kotherbrechens und der langen Dauer der bestehenden Einklemmung aufgeben. Nach so weit wie möglich gründlicher Säuberung führte ich einen Schnitt durch die Bauchwand in der Verlängerung des Leistenkanals, präparirte obliquus internus und transversus durch, ging am unteren Rande des obliquus int. in die Tiefe, eröffnete, da Blutung aus der Bauchwunde nicht eingetreten war, zunächst das Peritoneum, aus dem eine grössere Menge heller, klarer Flüssigkeit ausfloss. Nach genügender Dilatation der Bauchwunde stellte sich in dieselbe colon descendens mit seinen appendices epiploicae; es war nicht sehr zusammengefallen und sah normal aus. Medianwärts wurde das Bauchwandperitoneum in der Gegend des inneren Leistenringes etwas nach ausserhalb von demselben durch eine eigenthümliche, elastisch anzufühlende Geschwulst hochgehoben. Das Peritoneum selbst war glatt und glänzend. Beim Tasten medianwärts wurde ich gewahr, dass die Geschwulst sich median fortsetzte und in einem resistenten Darmtheil endete. Da deutlich zu sehen nicht möglich war, führte ich den Bauchschnitt bis auf den Leistenkanal in die Skrotalgegend fort, durchtrennte die Schichten allmählich, discidirte das Poupart'sche Band und legte mir dadurch den elastischen Tumor immer mehr bloss. Eine weisse Hülle, der deutlich glänzende, fast wie ein Hoden aussehende Bruchsack überzog den Tumor. Während ich bemüht war, den Bruchsack zu incidiren, löste sich plötzlich, vielleicht durch einen nicht genau berechneten Druck, die bestehende Einklemmung, und unter Erguss einer reichlichen Menge schwärzlichen, stark blutig tingirten, nicht übel riechenden Bruchwassers verschwand der Tumor unter meinen Händen. Ich incidirte weiter, durchschnitt die stark fibröse innere Oeffnung des Leistenkanals und sah nun eine stark geknickte, lebhaft geröthete, aber nicht eitrig belegte Dünndarmschlinge vor mir, die an ihrer Convexität mit einem leicht löslichen Gerinnsel an die innere Seite des Leistenringes angelöthet war. Nachdem ich sie durch sanften Zug entfernt, bemerkte ich an ihr eine tiefe, durch die Muscularis gehende Einschnürung, ohne dass die Umgebung sehr lebhaft injicirt gewesen wäre. Die Einschnürung verlief um drei Viertel der Peripherie des Darmes, machte sich aber am Mesenterium gar nicht geltend. Eine andere Einschnürungsfurche war nicht nachzuweisen.

Nach nothdürftiger Toilette, die ich der Unzuverlässigkeit der Spülflüssigkeit wegen sehr beschränkte, wurde die Bauchwunde bis in die Gegend des Leistenkanals vereinigt, nach Vereinigung der Pfeiler der Bruchpforte eine Drainage in den Bruchsack und den unteren Abschnitt der Bauchwunde eingelegt. Gut schliessender Jodoformgazeverband. Verlauf: Stuhl bereits in der ersten Nacht. Erbrechen in den ersten beiden Tagen noch vorhanden. Kein Fieber, Puls 87. Auch am 3. Tage gutes Befinden. Schon gleich nach der Operation zeigte Patient keine Spur von Collaps, sondern unterhielt sich mit seiner Umgebung ganz munter. Vollkommene Heilung nach drei Wochen.

Einen ganz ähnlichen Fall, in welchem ebenfalls trotz einer seit 9 Tagen bestehenden Einklemmung der Darm nicht gangränös gefunden wurde, hat Dirska*) beschrieben; ich lasse denselben im Anschlusse an den von Partsch beobachteten hier folgen.

Dirska: Zur Darmeinklemmung. Berl. klin. Wochenschrift 1880, Nr. 35, 36. — Schulze K. in W., 64 Jahre alt, war am 13. März 1874 an Erbrechen erkrankt, das sich einige Male wiederholte. Status am 14. März: Häufiges Erbrechen, Fehlen von Stuhl und Flatus, ziemlich starker Meteorismus, mässiger Schmerz in der Nabelgegend, sonst keinerlei Beschwerden, keine Unruhe etc. Auf Befragen giebt der Kranke an, dass er einen linksseitigen Leistenbruch seit mehr als 20 Jahren habe; derselbe sei aber stets sehr klein geblieben, leicht reponirbar gewesen, habe nie Schmerz verursacht; erst gestern habe er ihn mit gewohnter Leichtigkeit reponirt; ein Bruchband habe er früher zeitweise, in den letzten Jahren garnicht getragen. Seinen schlechten Ernährungszustand leitet der Kranke von Verdauungsstörungen her, an denen er seit langen Jahren leide. Die Bruchpforte ist für einen kleinen Finger passirbar, durch dieselbe fühlte ich einen härtlichen Körper. Da hier mit Wahrscheinlichkeit eine reductio spuria anzunehmen war, und an den Krankheitserscheinungen durch Drastica, Mercurius vivus, Eingiessungen per rectum etc. in den nächsten Tagen nichts geändert wurde, schlug ich die Operation vor. Diese wurde rundweg verweigert, woran hauptsächlich die auffallende Euphorie des Kranken und die Unsichtbarkeit des Bruches die Schuld trug. Am 22. März, also 9 Tage nach Beginn der Darmver-

*) l. c.

schliessung, meldeten mir die Angehörigen des Kranken ihre nunmehrige Einwilligung zur Operation. Nach ihrer Angabe hätte die Schwäche täglich zugenommen, der Leibschmerz hätte sich nicht wesentlich vermehrt, Kothgeruch hätte das Erbrochene Tags vorher zum ersten Male gezeigt. Dr. Manigel und ich fanden den Kranken entschieden moribund, sodass wir der Operation nur noch den Werth einer Autopsie beimassen. Durch die blossgelegte Bruchpforte war sofort der harte, enteneigrosse Bruch zu fühlen und wurde nach geringer Erweiterung hervorgezogen; er war hellbraun, von homogener Consistenz, eine Falte von ihm abzuheben war unmöglich. Dennoch musste das dem Auge sich Präsentirende der Bruchsack sein, denn ausserhalb der Bruchpforte war ein solcher nicht gefunden worden. Derselbe wurde nun in minimaler Ausdehnung gespalten, und durch die Öffnung eine Sonde eingeführt, die fast überall auf Hindernisse stiess. Bei dem ersten klareren Blick auf den Darm überzeugten wir uns, dass dieser, sehr gegen unsere Erwartung, durchaus normal, nur etwas dunkelroth gefärbt war. Seine Oberfläche war übrigens grösstentheils fest mit dem Bruchsack verwachsen, am stärksten in der Gegend des Bruchsackhalses; ferner fanden sich zahlreiche sehnige Stränge, die beide Theile der Schlinge brückenartig verbanden. Nach der sehr zeitraubenden Trennung dieser Adhäsionen und Hervorziehen des Darmes erwies sich die Schlinge durchweg verengt, besonders an der Stelle der stärksten Einschnürung, die durch Invagination von der Bruchspitze aus nach Möglichkeit erweitert wurde. Sofort nach Reposition des Darmes wurde reichlicher brauner Stuhl entleert, Patient konnte ein Glas Ungarwein trinken, ohne zu erbrechen. Die Kräfte hoben sich, die Heilung verlief normal in 20 Tagen. Der Bruch ist bisher nicht wieder hervorgetreten, Verdauung und Kräftezustand sind seit der Operation bedeutend besser, als sie lange Zeit vorher gewesen waren.

Nachdem ich diese beiden Fälle, deren erster mir die Anregung zu der vorliegenden Arbeit gegeben hat, vorausgeschickt habe, lasse ich nunmehr eine Zusammenstellung der von mir gesammelten, in der herniologischen Litteratur der Zeitperiode von 1879—1889 niedergelegten Fälle von Scheinreductionen folgen.

Seit der im Jahre 1865 erschienenen, schon erwähnten Arbeit Streubels, die zuerst eine systematische Ordnung und kritische Sichtung des reichen, aber zerstreuten Ma-

terials brachte, wie sie denn auch den Namen Scheinreduction zuerst in die herniologische Litteratur einführte, haben noch zwei Autoren Arbeiten über denselben Gegenstand veröffentlicht, Turati*) und Lipnisski.**) Während sich aber die Arbeit Turatis eng an die Streubel'sche Monographie anlehnte und nur die Sammlung der Fälle bis zum Jahre 1870 fortführte, schlug Lipnisski einen selbständigen Weg ein, indem er die in der That sehr complicirte Anordnung der Scheinreoductionen, wie sie Streubel aufgestellt hatte, zu einer äusserst übersichtlichen umgestaltete.

Entsprechend dieser Lipnisski'schen Einteilung habe ich nun auch meine Fälle systematisch geordnet, habe aber die bei Streubel unter Klasse IV angeführten Fälle von Hernien, die sich mit einer inneren Einklemmung combiniren, und die Lipnisski ganz streichen will, der Einteilung als Klasse V beigegeben, indem ich mich dabei der Begründung von Walzberg***) anschliesse, welcher sagt: »Lipnisski erklärt, es sei hier von einer Scheinreduction gar nicht die Rede, und die Reposition sei ganz richtig ausgeführt worden. Dann müsste er aber auch beispielsweise die Fälle streichen, wo neben einer vorgefallenen Leistenhernie, die lege artis zurückgebracht wurde, eine Incarceration in einem präformirten Divertikel, etwa unter der fascia transversa, bestand, und die doch in der Klasse II, und mit Recht, ihre Stelle gefunden haben. Ob die Einklemmung in der fossa duodeno-jejunalis oder in einer innerhalb der Bruchpforte gelegenen Tasche unterhalten wird, ist für den Begriff der Scheinreduction gleichgültig; er verlangt nur, dass „die in

*) Turati, Achille Antonio: Di alcuni accidenti del taxis nella riduzione delle ernie strozzate. Annali univ. di Medicina, 1872 Aprile e Maggio.

**) Lipnisski, Boris: Über die Scheinreductionen bei Hernien. Inaugural-Dissertation, Dorpat 1880.

***) Walzberg, Minden: Referat im Centralblatt für Chirurgie, 1880.

Anwendung gebrachte mechanische Hilfe der Taxis und Herniotomie nur anscheinend zum Ziele führte, das Gelungensein nur vortäuschte (Streubel, p. 2.)"

Ich gebe nunmehr eine Übersicht über die Fälle nach der Lipnisski'schen Anordnung, der ich gefolgt bin, mit Hinzufügung der Klasse V.

Classe I.

Scheinreductionen durch Massenreposition.

1. Art: Vollständige und unvollständige Massenreduction hinter die Bruchpforte (hervorgebracht durch Taxis oder Herniotomie).

2. Art: Scheinreduction durch Verdrängung des Bruchinhaltes durch einen Riss dicht unterhalb des etwas zurückgedrängten Bruchsackhalses in das subperitoneale Zellgewebe; oder durch Verdrängung des Bruchinhaltes in die Bauchhöhle nach Bruchsack- und Bruchsackhalsabreissungen.

3. Art: Mehr oder weniger vollständige Massenreduction innerhalb der Bruchpforte und vor dieselbe.

Classe II.

Scheinreduction durch Divertikelbildung.

1. Art: Divertikelbildung hinter der Bruchpforte.

2. Art: Divertikelbildung innerhalb der Bruchpforte.

3. Art: Divertikelbildung vor der Bruchpforte.

Classe III.

Scheinreduction bei mehreren Bruchsäcken oder mehreren Brüchen oder endlich durch unvollständige Taxis.

1. Art: Bei übereinander und nebeneinander liegenden Bruchsäcken.

2. Art: Bei doppelten und mehrfachen Brüchen durch Übersehen, nicht Auffinden einer kleinen eingeklemmten Hernie.

3. Art: Durch unvollständige Taxis.

Classe IV.

Scheinreductionen durch Zurückdrängung des Bruchinhaltes in die Bauchhöhle bei Fortbestehen der Einklemmung in den reponirten Theilen.

Darmverengung, Obliteration, Darmverschlingung u. s. w.

Classe V.

Scheinreduction durch Zurückbringung eines vorgefallenen oder eingeklemmten Bruches bei Fortbestehen einer Einklemmung in einer entfernteren Darmpartie im Innern der Bauchhöhle.

Ich werde nach dieser Einteilung das vorliegende Material derart behandeln, dass ich nach Aufzählung der einschlägigen Fälle am Schlusse jeder Gruppe einen zusammenfassenden Überblick mit spezieller Berücksichtigung der operativen Behandlung gebe.

I. Classe.

Scheinreduction durch Massenreposition, d. h. durch mehr oder minder vollständige Verdrängung der ganzen Bruchgeschwulst.

1. Art: Vollständige und unvollständige Massenreduction hinter die Bruchpforte (hervorgerufen durch Taxis oder Herniotomie).

Von den hierher gehörenden Fällen führe ich zunächst 12 Fälle von vollständiger Massenreduction hinter die Bruchpforte, welche durch die Taxis hervorgebracht wurde, vor.

No. 1. Partsch, s. oben.

No. 2. Dirska, s. oben.

No. 3. Annandale, Edinb. med. journ. 1879, Febr.: beschreibt einen Fall, in welchem bei einem 65 jährigen Manne nach anscheinend gelungener Reposition einer Leistenhernie die Einklemmungs-Erscheinungen fortdauerten. Statt der gewöhnlichen Methode eröffnete Verfasser die Bauchhöhle in der Medianlinie. Die in die Gegend der rechten fossa iliaca eingeführte Hand fühlte hier eine fixirte Darmschlinge, die sich jedoch ziemlich leicht in die Operationswunde hineinziehen liess.

Jetzt zeigte sich eine kleine, vom Bruchsack umgebene und vom Hals desselben eingeschnürte Darmschlinge. Durch leichte Traction gelang es, die Darmschlinge aus dem einschnürenden Bruchsack zu lösen. Darauf wurde die Bauchwunde mit Suturen geschlossen und mit dem Lister'schen Verbande bedeckt. Nach der Operation erfolgte jedoch kein Stuhlgang, und der Patient starb 10 Stunden darauf. Die Section ergab leichte allgemeine Peritonitis, die eingeklemmt gewesene Darmschlinge frei in der Bauchhöhle, keine ausgedehnte Quetschung und Zerreissung an der Bruchpforte.

No. 4. Duplay: Hernie inguinale réduite en masse. Arch. gén. de méd. Juin: Auf die Abtheilung von D. wird ein 40jähriger Mann gebracht, welcher sich eine beim ruhigen Gehen ausgetretene Leistenhernie selbst zurückgebracht hatte. Es waren darauf Erscheinungen von Peritonitis aufgetreten, die jedoch nicht unzweifelhaft auf eine Einklemmung zurückgeführt werden konnten. Patient wurde mit lokaler Blutentziehung und Opium behandelt und starb plötzlich am 6. Tage nach dem Austritt der Hernie. Die Section ergab an der Innenfläche der Bauchwand, bedeckt von dem parietalen Peritoneum, im directen Anschluss an die obere Mündung des Leistenkanals, einen Bruchsack, der blutiges Serum und eine kleine, dunkelblaue Darmschlinge enthielt, die durch weiche Adhäsionen mit dem Bruchsack zusammenhängt. Die Abschnürung war keine sehr feste.

No. 5. Chevallier, Thèse*) 1881: Ein 52jähriger Mann reponirte sich selbst eine linksseitige Leistenhernie. Unmittelbar darauf traten schwere Einklemmungserscheinungen auf. Im Krankenhause wurde am 3. Tage zur Operation geschritten und zwar durch Eröffnung in der linea alba. Die in die Bauchhöhle eingeführte Hand fühlt in der linken fossa iliaca einen Sack mit sehr enger Oeffnung, aus dem nach Erweiterung derselben eine brandige Darmschlinge hervorgezogen wird. Excision derselben, Vereinigung durch Darmnaht, Reposition der Schlinge, Toilette des Peritoneum, Naht der Bauchwunde mit Silberdraht, antiseptischer Verband. Die Einklemmungserscheinungen dauern fort, Tod 32 Stunden nach der Operation. Die Section ergiebt Knickung der Darmschlinge an der Stelle der Naht, keine Perforation, Wasser fliesst durch die genähte Stelle langsam hindurch. An der linken Seite der Blase fand sich der leere Bruchsack.

*) De l'intervention rapide dans l'étranglement des hernies inguinale et crurale.

No. 6. Stokes, W.: Notes on abdominal surgery. Dubl. Journ. f. med. science. Nov. 1882. Reposition en masse einer seit 24 Stunden eingeklemmten Leistenhernie bei einem 42 jährigen Arbeiter. Anstatt den Leistenkanal zu spalten und die Hernie an Ort und Stelle aufzusuchen, machte Verfasser die Laparotomie in der Medianlinie, wobei er erhebliche Schwierigkeiten fand, die Einklemmung zu lösen. Der Tod erfolgte 28 Stunden nach der Operation.

No. 7. Pagello, Pietro: Annali univ. di med. Febr. 1882. Ein 15jähriger Jüngling, der seit längerer Zeit an einem rechtsseitigen Leistenbruche litt, führte eines Tages in gewohnter Weise die Reposition des vorgetretenen Bruches aus, und obgleich dieselbe sich glücklich vollzogen zu haben schien, traten doch heftige Einklemmungserscheinungen auf. Zwei Tage später schritt Verfasser zur Spaltung des Leistenkanals, um die, wie zu vermuthen war, en masse reponirte Hernie aufzusuchen und aus der Einklemmung zu befreien. Nach Spaltung der äusseren Apertur und der vorderen Wand des Leistenkanals erreichte Verfasser in der Höhe der innern Apertur den geschlossenen Bruchsack, nach dessen Eröffnung sich eine stark congestionirte Darmschlinge zeigte. Nach Spaltung des einklemmenden Ringes wurde die Darmschlinge reponirt, die Hautwunde genäht und antiseptischer Verband angelegt. Glatte Heilung.

No. 8. Bell. Edinb. med. Journ. 1886 Jan.: berichtet über eine 14tägige Einklemmung einer congenitalen Hernie, die en bloc reponirt worden war, sodass die Einklemmungs-Erscheinungen nicht geschwunden waren. Wegen der in Folge der langen Dauer zu erwartenden Gangrän des Darmes wurde der Bauch in der Mittellinie geöffnet. Von dort aus wurde durch Palpation festgestellt, dass eine Darmschlinge fest eingeschnürt in einem Ringe sich befand. Peritonitischer Durchbruch der Darmschlinge war nicht vorhanden. Es erfolgte nun der gewöhnliche Schnitt zur Freilegung der Hernie. Dann wurde von innen und aussen der einschnürende Ring stumpf erweitert, und die eingeklemmte Schlinge auf solche Weise vorsichtig nach aussen gebracht. In demselben Augenblicke perforirte die Darmschlinge, doch floss der Inhalt nach aussen ab. Es wurde ein anus artificialis in der Mittellinie angelegt. Patient starb nach 24 Stunden.

No. 9. Obalinski: Beiträge zur Laparotonie bei interner Darmocclusion. Wien. med. Presse 1886. Scheinreduction einer eingeklemmten Leistenhernie. Laparotomie

am 4. Tage danach. Tod an septischer Peritonitis im Verlaufe des 1. Tages post operationem.

No. 10. Poisson: Sur un cas d'étranglement interne par réduction en masse d'un sac herniaire. Laparotomie. Guérison. Bull. de la Soc. de chirurg. 1887 Févr. — Patient, seit Jahren Träger einer linksseitigen Leistenhernie, erkrankt, nachdem er sich den herausgetretenen Bruch, wie schon oft vorher, selbst reponirt hatte, unter den Erscheinungen einer inneren Einklemmung, trotzdem Patient keine Gewalt angewendet haben will. 5 Tage darauf Laparotomie. Schnitt 2 Querfinger oberhalb des lig. Poup. Er fand den eine fest umschnürte Darmschlinge enthaltenden Bruchsack unter das Peritoneum reponirt. Incision, Reposition der noch lebensfähigen Schlinge. Heilung.

No. 11. Braun: Ueber Enbloc-Reposition. Inaug.-Dissertation. Greifswald 1888. — Massenreposition, durch ungeschickte Taxis von Seiten des Patienten selbst herbeigeführt. Bruchschnitt. Peritoneum in dem ganzen Umfange der inneren Leistenöffnung abgelöst, so dass der Bruchsackhals am weitesten nach dem Innern der Bauchhöhle hineinragte. Heilung.

Der folgende Fall ist der einzige Fall von Massenreduction bei Schenkelbrüchen, den ich aufzufinden vermochte. Streubel führt 8 Fälle, Lipnisski keinen an. Die grosse Seltenheit von Fällen dieser Art scheint damit erwiesen.

No. 12. Hulke, J. W.: Med. tim. and Gaz. 1874 April: Wittwe mit vierjähriger Cruralhernie; 3 Tage lang fortgesetzte Taxis, Reposition en masse, kolossale Schmerzen, Tod 17 Stunden später, wie die Section auswies, an Perforationsperitonitis, ausgehend von einem Loche des fast ganz gangrösen Bruches.

Von den hier zusammengestellten 12 Fällen von vollständiger Massenreduction hinter die Bruchpforte, hervorgebracht durch die Taxis, kommen 9 Leistenbrüche auf das männliche, 1 Schenkelbruch auf das weibliche Geschlecht, bei einem Leistenbruche ist das Geschlecht, in einem Falle weder Geschlecht noch Bruchart angegeben. Die 7 Fälle, in denen das Alter der Patienten erwähnt ist, vertheilen sich derart, dass einer dem Alter vor 20 Jahren, je drei dem Alter zwischen 30—50, bezw. über

50 Jahren angehören. 7 Mal ist über die Seite, auf welcher die eingeklemmten Brüche auftraten, nichts bemerkt, in 3 Fällen ist die linke, in 2 die rechte Seite bei Leistenbrüchen angegeben. Was das Alter der Hernien betrifft, so finden wir eine als congenital, 5 andere als seit Jahren bestehend aufgeführt. Über Beschaffenheit, Grösse und Inhalt der Brüche sind die Angaben, wo überhaupt vorhanden, äusserst dürftig. Die Massenreduction wurde in 6 Fällen durch Manipulationen von Seiten des Patienten selbst herbeigeführt, in den übrigen Fällen ist über das Zustandekommen nichts bemerkt. Oertliche Symptome sind nur in den ausführlicher beschriebenen Fällen von Partsch und Dirska verzeichnet; sie beziehen sich einmal auf »eine in der linken Unterbauchgegend sich bemerkbar machende Resistenz mit leichter Dämpfung« und auf eine »leichte Verwölbung der Bauchwand, die auch empfindlich war«, das andere Mal auf einen »durch die Bruchpforte zu fühlenden härtlichen Körper.«

Die Diagnose scheint jedoch auch in den übrigen Fällen vor der Operation gestellt gewesen, oder doch an die Möglichkeit einer stattgehabten Scheinreduction gedacht worden zu sein. Die Dauer der Einklemmung, nach welcher event. zur Operation geschritten wurde, geht von 24 Stunden bis zu 14 Tagen; was den Einfluss derselben auf den Darm betrifft, so finden wir einmal schon nach 3 Tagen gangränösen, zweimal nach 9 Tagen noch lebensfähigen Darm.

Operirt wurde in 10 Fällen, und zwar wurde dreimal die Herniotomie, siebenmal die Laparotomie ausgeführt. In allen Fällen wurde der Zweck der Operation, die Lösung der Einklemmung, erreicht. Der Ausgang der 3 herniotomirten Fälle war glatte Heilung, ein Resultat, das wir wohl nicht zum geringsten Antheile dem Umstande werden zuschreiben müssen, dass in diesen Fällen der Darm gesund gefunden wurde. Von den 7 laparotomirten Fällen endeten nur 2 in Genesung — auch bei ihnen war der Darm gesund —, in den übrigen 5 Fällen erfolgte der

Tod, 10—32 Stunden post operationem. Suchen wir nach einer Erklärung für dieses ungünstige Ergebnis der Operation, so finden in zwei dieser Fälle einen gewiss einleuchtenden Grund in der bei der Operation sich ergebenden Darmgangrän, die einmal zu Excision der brandigen Schlinge und Vereinigung durch die Darmnaht, das andere Mal zur Anlegung eines anus artificialis zwang, nachdem die Einklemmung schon 14 Tage bestanden hatte.

In einem weiteren Falle wird angegeben, dass der Operateur »erhebliche Schwierigkeiten fand, die Einklemmung zu lösen«, und wir dürfen hier den 28 Stunden nach der Operation erfolgten Tod gewiss auf Rechnung des Collapses setzen, als einer Folge der bei der Schwierigkeit der Lösung der Einklemmung unvermeidlichen Darmquetschung. Es bleiben noch 2 Fälle, die nach gemachter Laparotomie tödtlich endigten; bei beiden ergab die Section allgemeine Peritonitis, die wir in dem einem Falle wohl auf nichts anderes, als auf eine während der Operation erfolgte Infection zurückführen können, während die ungenaue Beschreibung des anderen Falles die Möglichkeit offen lässt, Brand des Darmes anzunehmen (die Operation erfolgte erst am 5. Tage nach stattgehabter Einklemmung).

Das Resultat der Operation erscheint nach diesen Ausführungen in einer wesentlich anderen Beleuchtung: ein Fall ist der Unzulänglichkeit seiner Beschreibung wegen für das Ergebniss überhaupt nicht verwerthbar, ein anderer hätte bei strenger Handhabung der Antisepsis wahrscheinlich zur Genesung geführt, der unglückliche Ausgang der übrigen $^3/_5$ aber wird unter Berücksichtigung der bedeutenden Schwierigkeiten, die sich bei der Operation ergaben, verständlich, und es wäre nichts falscher, als für das tödtliche Ende dieser Fälle die Operation selbst verantwortlich zu machen, oder gar anzunehmen, dass dasselbe bei Ausführung der Herniotomie abwendbar gewesen wäre.

Ich gehe nun zu der Mitteilung eines Falles von unvollständiger Massenreduction hinter die Bruchpforte über.

No. 13. v. Mosetig-Moorhof: Chirurgische Casuistik. Wiener med. Presse 1881. — 25jähriger Patient, seit 4 Tagen Einklemmung, vielfache, erfolglose Taxisversuche. Bei der Aufnahme ein rechtsseitiger, sanduhrförmiger Leistenbruch, dessen oberer Abschnitt als kindskopfgrosser, praller Tumor hinter den Bauchdecken lag, dessen unterer Abschnitt weicher und bei Druck empfindlich war. Nach Eröffnung des Bruchsacks kam man auf eine gespannte, schwarz gefärbte Darmschlinge. Der Finger gelangte, nachdem er den Leistenkanal passirt hatte, in einen abgeschlossenen Hohlraum, dessen Ende erst, nachdem die Wandungen des Sackes stark herabgezogen wurden, in der Tiefe von 6 cm hinter dem inneren Leistenringe gegen die rechte synchondr. sacro-iliaca hin erreicht werden konnte. Die dort vorhandene Oeffnung umschloss fest den Darm und war nur mühsam mit dem Herniotom zu dilatiren. Der Bruchsack wurde möglichst hervorgezogen und an der centralwärts höchst erreichbaren Stelle mittelst Catgut quer vernäht. Reactionslose Heilung der Wunde unter 2 Lister'schen Verbänden.

Von Massenreposition hinter die Bruchpforte bei der Herniotomie findet sich bei Bayer ein Fall:

No. 14. Bayer, K.: Herniologische Erfahrungen. Aus der Klinik des Herrn Prof. Gussenbauer. Prager med. Wochenschr. 1881. — Nach einer äusseren Herniotomie dauerten die Incarcerations-Erscheinungen fort, und es zeigte die Section den in der Bauchhöhle liegenden Darm eingeklemmt vom Bruchsackhalse.

Ich führe nun noch der Vollständigkeit wegen drei Fälle von Massenreposition hinter die Bruchpforte an, die das Gemeinsame haben, dass die Lösung der Einklemmung der en masse reponirten Hernien spontan erfolgte, zweimal in der Chloroform-Narkose vor Beginn der Operation, das dritte Mal während einer eingeleiteten exspectativen Behandlung.

No. 15. Trélat: Gaz. des hôpit. 1884 No. 108. — Eine eingeklemmte Leistenhernie bei einem Manne, die durch die Taxis en masse reponirt war. Als nun der Patient behufs der Operation chloroformirt wurde, löste sich unter dem Ein-

flusse des Anästheticums die Einklemmung von selbst, so dass von der Fortsetzung der Operation Abstand genommen wurde.

No. 16. Robson: Strangulated hernia, spontaneous reduction en masse: returned by taxis. The brit. med. journ. 1887. Febr. — A. V., 19 Jahre alt, wurde am 10. September 1886 ins Hospital aufgenommen. Er gab an, sich vor 10 Tagen stark angestrengt und 4 Tage später eine Geschwulst von der Grösse eines Eies in der rechten Inguinalgegend bemerkt zu haben. Stuhlgang war Tags vorher regelmässig erfolgt. Am folgenden Tage, 5 Tage vor seiner Aufnahme, punktirte ein Arzt die Geschwulst und aspirirte ein wenig blutige Flüssigkeit. Am nächsten Tage wiederholte der Arzt die Punktion, nachdem die Geschwulst kleiner geworden war, und nach nochmaliger Punktion verschwand die Geschwulst vollständig. Von der Zeit an, wo die Geschwulst ausgetreten, sollen weder Flatus noch Stuhl abgegangen sein. Patient will Alles erbrochen haben; vier Tage vor der Aufnahme soll das Erbrechen auch übelriechend geworden sein. Pat. konnte nur unter grossen Schmerzen gehen. Das Abdomen war allgemein aufgetrieben, die Bruchpforten frei, der Nabel leicht prominent. Der rechte Inguinalring war gross genug, um 2 Finger leicht passiren und hinter dem Ringe eine krankhafte Resistenz fühlen zu lassen. Bei Palpation fühlte man oberhalb des lig. Poup. einen ungefähr hühnereigrossen, nicht deutlich abgegrenzten Tumor ein wenig nach aussen vom inneren Bruchring. Der Perkussionsschall war über demselben nicht verändert. Der Patient erbrach stündlich, das Erbrochene war ausgesprochen fäkulent. Abends sollte in Narkose die Laparotomie gemacht werden. Bei nochmaliger Untersuchung verschwand der Tumor unter gurrendem Geräusch. Man beschloss, mit der Operation zu warten. In der Nacht trat ein leichter, Morgens ein reichlicher Stuhlgang ein. Nach 10 Tagen wurde Patient geheilt entlassen.

No. 17. Faucon: Contribution à l'étude de la réduction en masse. Bull. de l'Acad. de med. de Belgique. 1887. — Die Massenreduction ereignete sich bei einem Leistenbruche, der für gewöhnlich ohne Anstrengung von dem Besitzer vor Anlegung der Bandage zurückgebracht werden konnte. Plötzlich geschah statt der gewöhnlichen Reduction eine Massenreduction. Verfasser beschloss, eine exspectavive Behandlung einzuleiten, und in der That trat nach Verabreichung von Belladonna und Eis Heilung ein.

2. Art: Scheinreduction durch Verdrängung des Bruchinhaltes durch einen Riss dicht unter-

halb des etwas zurückgedrängten Bruchsackhalses in das subperitoneale Zellgewebe oder durch Verdrängung des Bruchinhaltes in die Bauchhöhle nach Bruchsack- und Bruchsackhalsabreissungen.

Von hierher gehörigen Fällen habe ich nur zwei auffinden können. Der erste derselben betrifft einen Fall von Bruchsackabreissung mit Reposition des Bruchinhaltes in die Bauchhöhle. Leider stand mir nur eine kurze Notiz über denselben zur Verfügung, doch geben die darin enthaltenen Angaben ein vollkommen verständliches Bild der betreffenden Verhältnisse.

No. 18. Schwarz: Hernie inguinale testiculaire étranglée, fausse réduction. Etranglement de la hernie par le collet du sac détaché et refoulé avec elle dans l'abdomen. Kélotomie. Guérison. Bull. de la Soc. de Chir. 1882 Mai.

Der zweite Fall, zu dessen Mittheilung ich jetzt übergehe, lässt sich in keine der zu dieser Art von Scheinreductionen gehörigen Gruppen unterbringen, sondern stellt einen neuen, bisher noch nicht beobachteten Typus von Bruchsackzerreissung vor.

No. 19. Albert: Ein eigenthümlicher Fall von Zerreissung des Bruchsackes bei der Taxis. Wien. Zeitung 1888 No. 5. — Bei einem Patienten, dessen linkes Hode nicht ins Skrotum herabgestiegen war, und bei dem plötzlich und unter einem Rucke und heftigen Schmerzen eine Hernie auf derselben Seite austrat und sich einklemmte, liess sich dieselbe trotz sofort vorgenommener Taxis nicht reponiren. Bei der Operation zeigte es sich nun, dass die Darmschlingen zwischen Haut und Aponeurose des m. oblig. ext. lagen. Nirgends war die Spur eines Bruchsackes. Der Hode lag klein, aber sonst von normalem Aussehen, hinter den Schlingen unterhalb des Leistenringes. Die Reste des Bruchsackes hingen dem Hoden wie ein an den Rändern gefranzter Kragen an; nach unten zu war der Bruchsacklappen am ansehnlichsten. In dem eröffneten Leistenkanale war kein geschlossener Bruchsackhals zu finden. Wegen beginnender Gangrän musste der Darm resecirt werden. Tod. Die Section zeigte nun ausserdem noch die Reste eines in seiner vorderen Wand eröffneten, etwa pflaumengrossen Bruchsackes nachweisbar, der dem Leisten-

kanale entspricht, und in dessen oberer und hinterer Peripherie der atrophische, im Leistenkanale retinirte Hode liegt. Ausserdem an der äusseren Peripherie dieses Bruchsackes eine fast citronengrosse Höhle, die unterhalb der Bauchhaut liegend mit dem Bruchsacke communicirt. Die Umgebung des primären und des sekundären Sackes in Zellengewebe und Muskulatur blutig suffundirt. Ueber das Zustandekommen äussert sich der Verfasser: Der Kranke hatte einen Leistenhoden und da dieser in der Bruchsackhöhle angetroffen wurde, lag eine Persistenz des processus vaginalis vor. In den bis dahin leeren und in Folge dessen dünnwandigen Bruchsack traten plötzlich Darmschlingen ein und klemmten sich ein. Durch die Repositionsversuche wurde augenscheinlich die Bruchsackmündung an der medialen Seite abgehoben und bei fortgesetzten Taxisversuchen riss der ausgedehnte, verdünnte Bruchsack durch. Durch erneutes Erbrechen traten neue Schlingen aus und schliesslich aus dem Bruchsacke und wühlten sich ein neues Bruchbett vor der Aponeurose des äusseren schiefen Bauchmuskels.

3. Art. Mehr oder weniger vollständige Massenreduction innerhalb der Bruchpforte und vor dieselbe.

Hierher gehört folgender Fall von unvollständiger Massenreduktion innerhalb der Bruchpforte.

No. 20. Faucon, A.: Notes sur deux cas des hernies inguinales étranglées. Bull. de l'Acad. de Bélgique. 1882. — Verfasser bezeichnet als Hernia intraparietalis diejenigen Leistenbrüche, die sich einklemmen, bevor sie den Leistenkanal erweitert haben und bevor sie denselben in seinem ganzen Verlaufe durchschritten haben. So bei einem siebzehnjährigen Manne, der als Kind an einem Leistenbruche gelitten. Bei einer körperlichen Anstrengung trat der längst für geheilt gehaltene Bruch hervor, ohne den äusseren Leistenring zu überschreiten, und klemmte sich sofort ein. Die Reposition in der Narkose schien zu gelingen; da jedoch die Einklemmungs-Erscheinungen fortbestanden, so wird am dritten Tage zur Operation geschritten. Nach Freilegung des äusseren Leistenringes führte F. seinen Finger in den Kanal und fühlte mit der Spitze desselben eine kleine, resistente Geschwulst in der Höhe des inneren Ringes, die plötzlich mit Gurren zurückging. Naht. Heilung.

Ich lasse nunmehr zwei Fälle von Massenreduktion vor die Bruchpforte folgen.

No. 21. Fourrier. Bull. gén. de thérap. 1876, 15. Févr. — Verfasser teilt einen Fall mit, wo eine sehr grosse Inguinalhernie durch forcirte Repositionsversuche en masse in das Unterhautzellgewebe reponirt wurde. Der von ihm operirte Patient starb bald nach der Operation.

No. 22. Bayer: Herniologische Erfahrungen. Aus der Klinik des Herrn Professor Gussenbauer, Prag. Med. Wochenschr., 1881, veröffentlicht einen Fall, in welchem die nachfolgende Herniotomie eine Bruchverschiebung über den m. obliq. ext. nachwies.

Damit schliesst die Aufzählung der in die Classe I. obiger Eintheilung gehörenden Fälle.

Classe II.

Scheinreductionen durch Divertikelbildung.

1. Art. Divertikelbildung hinter der Bruchpforte.

No. 1—3. Davies-Colley: On three cases of »reduction en masse«. St. Guy's Hosp. Rep. XXV. — Verfasser beschreibt die Massenreposition eines acut eingeklemmten Leistenbruches bei einem 23jährigen Manne, sodass die ganze Bruchgeschwulst in einer Tasche an der Aussenfläche des parietalen Peritoneums gelegen war. Er erkannte den Zustand, befreite den Darm durch die Herniotomie und unter dem antiseptischen Verbande erfolgte die Heilung.

In dem 2. Falle operirte Verfasser bei einer 53jährigen Frau eine mittelgrosse, eingeklemmte Schenkelhernie, bei welcher sich die Reposition nach Incision der Bruchpforte nicht ganz leicht vollzog. Die Einklemmungs-Erscheinungen dauerten fort, und die Patientin starb. Die Section zeigte, dass die brandige Darmschlinge in der fossa iliaca lag, fest eingebettet in eine Tasche, die von dem Peritoneum und der fascia iliaca gebildet wurde.

In dem 3. Falle, der gleichfalls eine Schenkelhernie betraf, lag, wie die Section zeigte, die eingeklemmte Darmschlinge in einer Tasche hinter dem rechten Schambeinast, zwischen Peritoneum und m. obtur. inter. Die arteria obtur. umkreiste den Schenkelring, war aber nicht verletzt.

Die Bezeichnung dieser drei Fälle seitens des Autors als Massenreductionen ist eine incorrecte. Wenigstens die beiden letzten Fälle sind zweifellos unter die Schein-

reductionen in präformirte Divertikelbildungen hinter die Bruchpforte zu zählen. Bei dem ersten Falle könnte man allerdings im Zweifel sein, ob derselbe nicht zu den eigentlichen Massenrepositionen zu rechnen wäre, zumal von einer Verschiebung der »ganzen Bruchgeschwulst« die Rede ist. Andererseits aber wird von einer »Tasche an der Aussenfläche des parietalen Peritoneums« gesprochen, und sowohl aus diesem Grunde, als auch deshalb, weil der Autor offenbar alle drei Fälle unter einem Gesichtspunkte betrachtet wissen will, habe ich auch diesen Fall in Classe II untergebracht.

No. 4. Owen, E.: Reduction en masse of a strangulated hernia in a woman, operation, recovery. Edinb. med. journ. 1879. — 63jährige Frau, anscheinende Reposition, Einklemmung einer kleinen Darmschlinge in einer oberhalb des inneren Leistenringes gelegenen peritonealen Ausstülpung. Spaltung des Leistenkanals, des Bruchsacks, Reposition, Drainage, Naht der Wunde mit Catgut, trockene Compresse. Heilung.

No. 5. Hildebrand, M.: Inaug.-Dissertation. 1879. Bei einer akut eingeklemmten Leistenhernie eines kräftigen Mannes machte Bardeleben die Herniotomie, und anscheinend gelang die Reposition der eingeklemmten Darmschlinge leicht und gut. Patient erholte sich jedoch nicht, sondern starb nach zwei Tagen. Die Section ergab eine von der inneren Apertur des Leistenkanals ausgehende, sich zwischen Peritoneum und Bauchwand erstreckende, nach unten in das kleine Becken gerichtete Aussackung des Bauchfells, in der ein Stück Netz und die anscheinend reponirte Darmschlinge enthalten war.

No. 6. Wolberg, L.: Berl. klin. Wochenschr. No. 46. 1879. — Arbeiter mit Leistenbruch seit zwölf Jahren. Acute Einklemmung. Bei der Herniotomie wurde der in der Gegend der inneren Oeffnung des Leistenkanals sitzende einklemmende Ring gespalten, und die Darmschlinge schien nun frei in die Bauchhöhle hineinzutreten. Ebenso hatte der nachgeführte Finger durchaus den Eindruck, sich in einer freien Höhle zu befinden. Die Einklemmungs-Erscheinungen dauerten aber fort, und am dritten Tage nach der Operation erfolgte der Tod. Die Section ergab, dass sich von der inneren Apertur des Leistenkanals aus eine apfelgrosse, peritoneale Aussenkung nach unten hin in das kleine Becken hinein erstreckte, die ein

grosses Stück Netz und eine gangränöse Darmschlinge enthielt.

No. 7. Weinlechner: Zur Casuistik der eingeklemmten Brüche. Wien. med. Blätter 1882. — Ein 43jähriger Mann leidet seit Jahren an einer rechtsseitigen Leistenhernie, die bei einer körperlichen Anstrengung hervortritt und sich einklemmt. Doch führt Patient selbst die Reposition aus, welche anscheinend gelingt. Nichtsdestoweniger bestehen die Einklemmungserscheinungen fort und steigern sich so, dass Patient schliesslich am siebenten Tage das Krankenhaus aufsucht. Hier legt W., da er nicht die volle Sicherheit für eine en masse reponierte Leistenhernie erlangen kann, durch einen parallel und 2 cm über dem rechten lig. Poup. geführten Schnitt an einer stark gespannten Darmschlinge den künstlichen After an, und obgleich jetzt die Einklemmungs-Erscheinungen etwas nachlassen, erfolgt der Tod 60 Stunden darauf. Die Section ergab allgemeine Peritonitis und eine in eine präperitoneale Tasche verschobene und durch die innere Apertur des Leistenkanals eingeklemmte Leistenhernie.

No. 8. Bolling, G.: Heilung einer Hernia inguinoproperitonealis durch Operation. Berl. klin. Wochenschrift No. 26. 1882. — 21 Jahre alter, kräftiger Mann, der seinen Bruch von Kindheit an hatte. Das Tragen von Bruchbändern wurde wegen Schmerzen aufgegeben. Die Reposition des oft vorfallenden Bruches gelang stets leicht. Sieben Tage vor der Operation war die vorgefallene Hernie scheinbar zurückgebracht worden, trotzdem Erbrechen vier Tage darauf. Bei der Untersuchung wird konstatirt, dass die Palpation nur oberhalb des rechten lig. Poup. empfindlich, der rechte Leistenkanal hervorgewölbt und schmerzhaft sei, bei gleichzeitigem Offensein des vorderen Leistenringes. Daneben liess sich eine retentio testiculi dextr. nachweisen. Bei der Operation wurde nach Spaltung des äusseren Bruchsacks und des Leistenkanals der Hode in letzterem gefunden und exstirpirt. Der Schnitt, längs der Fasern des m. obl. ext. bis nahe an die spin. ant. sup. geführt, deckte den zweifaustgrossen properitonealen Bruchsack auf. Inner- und unterhalb des inneren Leistenringes lag die schwierig auffindbare Abdominalöffnung, nach deren Erweiterung die Reposition gelang. Heilung nach circa drei Wochen.

No. 9. Hürlemann: Beitrag zur Behandlung der Darmocclusion. Correspondenzblatt für Schweizer

Aerzte, No. 24. 1885. — Verfasser operirte eine eingeklemmte Inguinalhernie. Sechs Tage später musste er, da eine Verschlimmerung eingetreten war, die Laparotomie mit Spaltung des Inguinalkanals machen. Er fand in der vermutheten properitonealen Tasche eine angelöthete Darmschlinge. Nachdem er dieselbe gelöst, drängte er gewaltsam den Darminhalt durch die enge Darmschlinge und reponirte dieselbe. Heilung.

No. 10. Iginio Tausini, Sopra un caso di ernia cruro-properitoneale. Mailand 1886. — 50jähriges Dienstmädchen mit eingeklemmter rechtsseitiger Cruralhernie. Operation wegen schlechten Kräftezustandes der Patientin ohne Chloroform. In dem gangränösen Bruchsacke eine schwarz verfärbte Dünndarmschlinge, die an ihrer Convexität ulceriert war. Resection eines 9 cm langen Stückes Darm und Vereinigung durch Lembertsche Naht. Während der Nahtanlegung fiel eine venöse Hyperämie des Darmes auf, und auch die Reposition der Schlinge bereitete mehr Schwierigkeiten, als es gewöhnlich der Fall zu sein pflegt. Auch nachdem dem bisherigen Debridement noch zwei kleine Incisionen nach aufwärts hinzugefügt waren, schlüpfte die Schlinge nicht so glatt zurück, wie in der Regel nach gelungener Herniotomie, aber man schob dies auf den bestehenden Meteorismus. Naht der äusseren Wunde mit Drainage. Erbrechen trat bald wieder auf, am vierten Tage erfolgte der Tod. Bei der Section zeigte sich die genähte Darmschlinge in einer hinter dem Cruralringe befindlichen, stark orangegrossen Höhle liegend, die noch andere Darmschlingen enthielt, die gleichfalls schwärzlich verfärbt, aber nicht brandig waren. Die Wände dieser zwischen peritoneum parietale und fascia transversa gelegenen Tasche zeigten ebenfalls tiefe Veränderungen. Der Sack selbst war gegen das kleine Becken hin gerichtet. Die Naht schloss vollständig.

No. 11. Sonnenburg: Hernia properitonealis. Gesellschaft der Charité-Aerzte in Berlin, 23. Decbr. Berl. klin. Wochenschrift 1887. — 28jähriger Patient, rechtsseitige Skrotalhernie eingeklemmt, Taxis leicht, Einklemmungs-Erscheinungen dauern an. Am sechsten Tage Operation: im Bruchsack nur Hoden und Samenstrang. Nach Spaltung des Leistenkanals am inneren Leistenringe eine prall elastische Geschwulst. Schnitt durch die Bauchdecken verlängert, Bruchsack gespalten. Hier fand sich in der That die eingeklemmte Schlinge. Nach Lösung liess sich dieselbe leicht in die Bauchhöhle reponieren. Heilung.

No. 12. Andrassy: Hernia cruro-properitonealis. Bruns, Beitr. zur klin. Chirurgie, 1887, Bd. II. — 51jährige Frau, hat seit einem Jahre eine kaum nussgrosse Bruchgeschwulst ohne Beschwerden. Seit drei Tagen Einklemmungs-Erscheinungen. In der linken Schenkelringgegend eine eigrosse schmerzhafte Geschwulst. Herniotomie. Im Bruchsacke ein faustgrosser, gangränöser Darmabschnitt. Resection eines 15 cm langen Stückes. Darmnaht. Nach zwei Tagen reichlicher Stuhlgang, nach drei Tagen Kothaustritt aus der Bruchpforte, nach acht Tagen Tod. Section: In der linken Inguinalgegend ein Eiterheerd, und »es zeigt sich, dass eine ca. 20 cm lange Darmschlinge in einer vom Peritoneum gebildeten Tasche liegt, die unterhalb des Schenkelringes hinter dem Schambein nach unten zieht, etwa apfelgross. Die innere Eingangsöffnung dieser Tasche ist etwa thalergross, die Ränder derselben derb, verdickt; sie liegt etwas oberhalb des horizontalen Schambeinastes. Nach aussen setzt sich der Sack in einen im Schenkelkanale gelegenen Peritonealfortsatz fort, der durch die Operation eröffnet ist.«

No. 13. Dulles: Hernia inguino-properit. with an account of a case. New-York med. news. 1887. — Aus der Form der Hernie liess sich schon die Diagnose stellen. Die Geschwulst erstreckte sich von der Symphysis bis zur spina ossis ilei dextr. ant. Es wurde die Herniotomie gemacht, die Constriction der Darmschlingen angeblich gelöst, der Darm reponirt. 50 Stunden nach der Operation verschlimmerte sich der Zustand des Patienten; am fünften Tage starb er. Bei der Autopsie fand man die Verhältnisse einer Properitoneal-Hernie.

No. 14. Burci: Contributo clinico allo studio d'ell ernia cruro-properitoneale. Sperimentale pag. 188. 1888. — Die Diagnose wurde erst bei der Section nach gemachter Herniotomie gestellt. Die im unteren Bruchsacke vorgefundene Darmschlinge hatte sich leicht in der Richtung des lig. Gimbernati reponiren lassen und dadurch die Aerzte getäuscht.

No. 15. Oberst, Max: Aus der Volkmannschen Klinik 1883. Centralblatt für Chirurgie. Fall von Hernia inguino — properit. incarcerata. Heilung. — 35 Jahre alter Arbeiter, seit 8 Jahren linksseitigen Leistenbruch, acute Einklemmung. Repositionsversuche erfolglos. Bei der Aufnahme zeigt sich ein ziemlich prall gespannter, gegen den äusseren Leistenring zu sich etwas verschmälernder, linksseitiger Scrotalbruch, nach oben und aussen vom linken Leisten-

ringe in der Unterbauchgegend eine deutliche, gegen Druck empfindliche Vorwölbung. Leichter Meteorismus. In Chloroform-Narkose sogleich Taxisversuche gemacht, durch die die Scrotalgeschwulst beseitigt werden konnte, doch nach Nachlass des Druckes gegen den äusseren Leistenring fielen sofort wieder Eingeweide vor. War die Bruchgeschwulst aus dem Scrotum reponirt, so erschien die erwähnte Vorwölbung in der Unterbauchgegend sofort um vieles deutlicher. Da die Einklemmungs-Erscheinungen nicht stürmisch waren, wurde die Operation bis zum anderen Morgen, wo der Zustand sich verschlimmert hatte, verschoben. Schnitt von 10 cm. Länge über die Höhe der scrotalen Geschwulst geführt. In dem dünnen Bruchsacke eine mässig geblähte, bräunlichrothe Darmschlinge und der atrophische Hoden, also zweifellos angeborene Hernie. Bei weiterer Untersuchung vor dem Peritoneum parietale eine nach oben und aussen vom Leistenringe gelegene, über mannsfaustgrosse Tasche, in welche die Scrotalgeschwulst immer reponirt worden war. Der einklemmende Ring lag ca. 6 cm. über dem äusseren Leistenringe, wurde durch Bohren mit dem Finger allmählich dilatirt, bis die Reposition gelang. Jetzt keine Neigung zum Vorfallen mehr. Verband. Heilung.

No. 16. Matlakowski: Ein Fall von Hernia properit. Herniotomie. Heilung. Gaz. lekarska 1883. Ein 27jähriger Mann litt seit Kindheit an rechtsseitigem Leistenbruch. Vor 7 Tagen Incarcerations-Erscheinungen. Bei Aufnahme ins Spital starker Collaps und Kothbrechen. Rechter Hodensack vergrössert, doch nicht gespannt, der äussere Leistenring für einen Finger durchgängig. Der Inhalt des Bruchsacks liess sich leicht reponiren, wobei sich die Bauchwand dicht über dem lig. Pomp. leicht vorwölbte. Bei Nachlassen des Druckes fällt der Inhalt des Bruchsacks wieder in den Hodensack zurück. Nach Eröffnung des Bruchsackes fand man darin einen zusammengefalteten dicken Netzstrang; der ihm entlang geführte Finger gelangt in eine nach oben abgegrenzte Höhle. Deswegen Schnitt nach oben verlängert, die Höhle eröffnet und darin eine schwärzliche Darmschlinge gefunden, die im inneren Leistenringe fest eingeklemmt war. Ring eingeschnitten, Darmschlinge reponirt, Netzstrang abgetrennt. Glatte Heilung.

No. 17—18. Baron: Properitonale Hernien. Wien. med. Presse, No. 16. 1886.

1. Nussgrosse, seit einigen Tagen eingeklemmte Leistenhernie. Beim Versuche der Reposition zeigte sich oberhalb des Leistenkanals eine stets gleich begrenzte Hervorwölbung.

Operation. Eröffnung der äusseren Bruchsackhöhle: nach Erweiterung des Halses gelangt man in eine zwei fäustegrosse properitoneale Höhle, deren innere Oeffnung sich ungefähr in der Medianebene im Niveau der Mitte zwischen Nabel und Symphyse befand. Nach Erweiterung derselben Repositiou.

2. 68 jährige Frau mit eingeklemmter Schenkelhernie. Herniotomie. Nach Erweiterung des einklemmenden Schenkelringes wurde die Schlinge reponirt. Dieselbe blieb aber stets in der Nähe der Pforte liegen und sank nicht in die Tiefe der Bauchhöhle zurück. Bei weiterer Untersuchung kam Verfasser durch den Schenkelring in eine faustgrosse Höhle, deren Communicationsöffnung mit der Bauchhöhle ca. 1 cm. Durchmesser hatte. Nach blutiger Erweiterung derselben Reposition des Darmes. Heilung.

2. Art: Divertikelbildung innerhalb der Bruchpforte. 2 Fälle.

No. 19. Parker, R. Series of hernia cases. Med. Times 1882. Akute Einklemmung einer Leistenhernie bei einem 20 jährigen Manne. Anscheinende Reposition. Die Operation ergiebt jedoch, dass die Baucheingeweide in eine Tasche der Bauchwand verschoben waren. Befreiung derselben durch Spaltung des inneren Leistenringes. Hierauf leichte Reposition. Heilung.

No. 20. William Stone Torrey, Read before the Brooklyn Pathological Society. 22. Dez. 1887. Ein 30 jähriger Mann erkrankt unter den Erscheinungen einer schweren Obstruction; seit 5 Tagen war ausserdem der Versuch, einen sonst reponiblen Bruch zurückzubringen, erfolglos geblieben. Befund: Rechtsseitiger, kleiner, irreponibler Scrotalbruch und grade über der Mitte des lig. Poup. eine ziemlich stark gespannte Schwellung der Bauchwand; etwa handbreit aufwärts reichend. Der Versuch einer Taxis brachte zwar die Bruchgeschwulst im Hodensack zum Verschwinden, vergrösserte aber auch zugleich die Geschwulst in der Bauchwand, und nach Entfernung des reponirenden Druckes kam die Hernie auch sofort wieder zum Vorschein. Herniotomie. Darm in dem scrotalen Antheile des Bruchsackes vollkommen gut aussehend. Darauf Incision von annulus inguin. ext. an nach oben durch die Bauchwand bis in die Höhle der oben erwähnten Geschwulst hinein, die zwischen der fascia transversa und den darüber liegenden Muskeln eine taschenförmige Aussackung bildete. Die Darmschlingen auch hier von gutem Aussehen, aber an verschiedenen Stellen mit den Wandungen

des Bruchsackes verklebt. Lösung. Reposition. Tod nach 3 Tagen. Keine Section.

3. Art: Divertikelbildung vor der Bruchpforte.

Von Fällen dieser äusserst seltenen Art, deren Lipnisski 2 anzuführen vermochte, habe ich in der Litteratur der letzten 10 Jahre keinen auffinden können.

Von den 18 Fällen von Scheinreductionen durch Divertikelbildung hinter der Bruchpforte bespreche ich zunächst die Fälle No. 1—14. Von diesen beziehen sich 6 auf das männliche, 4 auf das weibliche Geschlecht, in 4 Fällen ist das Geschlecht der Patienten nicht angegeben. Was das Alter der Kranken betrifft, so sind die 4 Frauen sämmtlich über 50 Jahre alt, während von den Männern 4 dem Alter zwischen 20—50 Jahren angehören. Der Bruchart nach finden sich 8 Leistenbrüche, davon 6 bei Männern, einer bei einer Frau, und 5 Schenkelbrüche, davon 3 bei Frauen. Bei den Leistenbrüchen ist einmal, bei den Schenkelbrüchen zweimal kein Geschlecht, in einem Falle weder Bruchart noch Geschlecht angegeben. Betreffend die Seite, auf welcher die Hernien auftraten, so ist dieselbe nur in 3 Fällen verzeichnet; unter 6 rechtsseitigen Hernien sind 3 Leisten- und 2 Schenkelhernien, die eine linksseitige ist eine Schenkelhernie. Was das Zustandekommen der Scheinreduction betrifft, so ist in 4 Fällen nicht angegeben, wer Schuld daran trug; 2 mal bewirkte der Patient selbst die Scheinreduction bei der Taxis, und 8 mal geschah dieselbe von Seiten des Arztes bei der Herniotomie, indem der Arzt eine in einem Divertikel bestehende Einklemmung übersah bezw. den Darm in ein solches reponirte. Von diesen letzteren Fällen endeten 7 tödlich, während in dem achten durch die nachfolgende rechtzeitig ausgeführte Laparotomie noch Heilung erzielt wurde. In den beiden Fällen, wo der Patient die Scheinreduction bewirkt hatte, wurde die Laparotomie gemacht, der Ausgang war einmal Genesung, das andere Mal Tod, weil der Operateur sich damit begnügte, einen anus artificialis anzulegen, ohne versucht zu haben, die

einklemmende Ursache aufzusuchen. In den erstgenannten 4 Fällen wurde 2 mal die Herniotomie ausgeführt; sie endeten alle 3 in Genesung. In einem Falle, in welchem aus der Darstellung nicht erhellt, ob derselbe operirt worden war oder nicht, erfolgte der Tod.

Unser Interesse nehmen selbstverständlich besonders jene 8 Fälle in Anspruch, in denen der die Herniotomie ausführende Arzt eine scheinbar bestehende Einklemmung löst und den Darm reponirt, die Einklemmungs-Erscheinungen aber fortbestehen, und der Tod des Patienten eintritt, ohne dass, mit Ausnahme eines einzigen, bereits oben erwähnten Falles, der Versuch gemacht worden wäre, durch eine weitere Operation, die dann nur die Laparotomie hätte sein können, die offenbar weiter bestehende Einklemmung zu beseitigen. In 3 von diesen Fällen waren bei der Herniotomie Symptome vorhanden gewesen, die den operirenden Arzt hätten veranlassen müssen, sich nicht mit der Herniotomie zu begnügen. Einmal bemerkte derselbe, dass »sich die Reposition nach Incision der Bruchpforte nicht ganz leicht vollzog«, in einem anderen Falle heisst es: »Bei der Operation fiel eine venöse Hyperämie des Darmes auf, und auch die Reposition der Schlinge bereitete mehr Schwierigkeiten, wie es gewöhnlich der Fall zu sein pflegt, auch nachdem dem bisherigen Debridement noch 2 kleine Incisionen nach aufwärts hinzugefügt waren«, und im dritten Falle hätte schon aus der Form der Hernie die Diagnose gestellt werden müssen: »eine Geschwulst erstreckte sich von der Symphyse bis zur spina ossis ilei dextr. ant.« Wenn der Arzt trotz solcher Symptome die Operation mit dem Bruchschnitte abschliesst und sich nicht auf der Stelle über die Ursache solcher verdächtigen Erscheinungen, event. durch eine anschliessende Laparotomie in der Verlängerung des Bruchschnittes, Klarheit zu verschaffen sucht, so können wir ihm den Vorwurf, an dem unglücklichen Ausgange dieser Fälle Schuld zu sein, nicht ersparen. In den übrigen Fällen vollzog sich allerdings die Reposition des Darmes mit gewohnter Leichtigkeit, so

dass in dieser Beziehung wenigstens jeder Vorwurf für den Arzt hinfällig wird. Das eine aber steht jedenfalls fest, dass, wenn der Arzt, wie in jenem bereits mehrfach angeführten Falle, auf Grund der fortbestehenden Einklemmungserscheinungen wenigstens noch nachträglich und rechtzeitig an die bereits ausgeführte Herniotomie die Laparotomie angeschlossen hätte, der tödliche Ausgang jener 7 Fälle, wenn auch nicht sicher, so doch mit grosser Wahrscheinlichkeit abzuwenden gewesen wäre. Fassen wir noch einmal die Operationsresultate zusammen, so finden wir: In 10 Fällen, in denen die Herniotomie ausgeführt worden war, wurde nur zweimal der Zweck der vorgenommenen Operation erreicht, d. h. die Einklemmung beseitigt, in 8 Fällen dagegen erfüllte die Operation diesen Zweck nicht, und die Patienten gingen zu Grunde bis auf einen, der durch die nachfolgende Laparotomie geheilt wurde. Von den 4 laparotomirten Fällen endeten 3 in Genesung, einer in Tod.

Was nun die Fälle No. 15—18 betrifft, die ich bei dieser Betrachtung nicht verwerthet habe, so habe ich dieselben nur der Vollständigkeit wegen angeführt, weil sie typische Beispiele für die besprochene Art der Scheinreductionen darstellen. Was sie jedoch von den ersten 14 Fällen unterscheidet, ist der Umstand, dass die Scheinreduction bei ihnen nur so lange stattfand, als der reponirende Druck anhielt, und ferner, dass die bei der jedesmaligen Reposition auftretenden lokalen Erscheinungen jeden Irrthum über das, was dabei vorging, von vornherein unmöglich machen und der Operation ihren Weg weisen mussten. In der That war auch der Ausgang dieser Fälle — es wurde dreimal die Herniotomie, einmal die Laparotomie ausgeführt — der in Genesung.

In den beiden Fällen der zweiten Art der Scheinreduction, durch Divertikelbildung innerhalb der Bruchpforte, gelang es der Operation — Herniotomie und Spaltung der über dem Divertikel liegenden Bauchmuskeln — das einklemmende Moment zu finden und zu beseitigen,

doch erfolgte nur in einem Falle Heilung; der andere verlief tödlich, eine Section fand nicht statt.

Classe III.

Scheinreductionen bei mehreren Bruchsäcken oder mehreren Brüchen oder endlich durch unvollständige Taxis.

Lipnisski konnte Fälle von Scheinreductionen, die in diese Klasse hineingehören, nicht vorführen. Mir ist es gelungen, 5 einschlägige Fälle aufzufinden.

1. Art: Scheinreductionen bei übereinander und nebeneinander liegenden Bruchsäcken. 1 Fall.

No. 1. Léjard, Le Progrès med. 1882, No. 20. — Ein 58jähriger Mann, der seit langer Zeit an einer rechtsseitigen Leistenhernie litt, erkrankt in Folge einer heftigen Anstrengung plötzlich an akuten Einklemmungserscheinungen. Die grosse Leistenhernie ist leicht zu reponiren, dennoch aber bestehen die Einklemmungs-Erscheinungen fort. Die etwas spät unternommene Operation zeigt an der hinteren und inneren Seite des grossen Bruches ein kleines Divertikel, in dem eine kleine Darmschlinge eng eingeklemmt ist, während die grosse mit dem Hoden verwachsene Darmschlinge frei durch den weiten Leistenkanal in die Bauchhöhle zurückgeschoben werden kann. Obgleich jetzt die Einklemmung gelöst wurde, erfolgt doch 2 Tage später der Tod durch Collaps.

2. Art: Scheinreductionen bei doppelten und mehrfachen Brüchen durch Uebersehen, nicht Auffinden einer kleinen eingeklemmten Hernie. 2 Fälle.

No. 2. Green, New-York med. Journ. 1876. p. 89. — 26jähriger Zimmermann, seit neun Jahren mit reponiblem, linksseitigem äusserem Leistenbruche. Plötzliche Einklemmung, Nausea, Erbrechen. In der Narkose Taxis versucht und für gelungen erachtet. Erscheinungen bestehen fort. Am dritten Tage Operation. Es fand sich ein nicht eingeklemmter äusserer Leistenbruch, dessen Sack mit der ganz gesund aussehenden Darmschlinge fest verwachsen war. Lostrennung und Reposition gelangen. Darauf zeigte sich dicht daneben ein vorher nicht bemerkter, eingeklemmter innerer Leistenbruch von der Grösse eines Taubeneies. Erweiterung der Bruchpforte, Reposition. Heilung.

No. 3. Cotterill, M.: Case of inguinal and femoral hernia occurring on the sauve side of the body.

Lancet. 16. Sept. 1882. — 64jährige Frau, die seit vielen Jahren an einer rechtsseitigen Leistenhernie litt, erkrankte unter acuten Einklemmungs-Erscheinungen, und der am 4. Tage hinzugerufene Arzt findet die Leistenhernie ausgetreten, die er leicht reponirt. Die Erscheinungen der Einklemmung bestehen jedoch fort, und Patientin stirbt am nächsten Tage. Die Section ergiebt eine ziemlich grosse bewegliche Hernia inguinalis recta und darunter, von reichlichem Fettgewebe verdeckt, eine kleine, schwer eingeklemmte Schenkelhernie, die der Beobachtung während des Lebens entgangen war und als die Ursache des Todes betrachtet werden musste.

3. Art: Scheinreduction durch unvollständige Taxis. 2 Fälle.

No. 4. Hancock: Clinical remarks upon strangul. hernia with cases. Lancet. 18. Jan. 1868. — Verfasser gab in einer klinischen Vorlesung Notizen über eine Boobachtung einer eingeklemmten Hernie, die 3 Wochen nach ihrer scheinbaren Reposition zum Tode führte. Die Obduction ergab, dass ein Darmwandbruch noch fortbestanden hatte, der die Kothleitung nicht hinderte, aber brandig wurde.

No. 5. Gilette teilt der Soc. de Chir. 1880 einen von Blum beobachteten Fall mit, in welchem bei einem 15jährigen Knaben nach einer starken Anstrengung ein rechtsseitiger Leistenbruch hervortrat. Obgleich die Reposition desselben anscheinend gelang, bestanden die Einklemmungs-Erscheinungen fort, und B. vermuthete daher das Fortbestehen einer inneren Einklemmung. Um dieselbe zu heben, eröffnete er die Bauchhöhle in der Mittellinie und löste mit der eingeführten Hand eine an der inneren Oeffnung des Leistenkanals adhärente Darmschlinge. Schnelle Genesung.

Classe IV.

Scheinreduction durch Zurückdrängung des Bruchinhalts in die Bauchhöhle bei Fortbestehen der Einklemmung in den reponirten Theilen.

(Darmverengung, Obliteration, Darmverschlingung u. s. w.).

In diese Klasse gehört folgender Fall.

Zuckerkandl, O.: Herniologische Beiträge (Aus Albert's Klinik). Allg. Wien. med. Zeitung. 1887. — Bei der Operation eines 50jährigen Mannes, der seit mehreren Jahren eine reponible Scrotalhernie trug, die ohne nachweisbare Ursache Incarcerations-Erscheinungen darbot, zeigte sich

nach Eröffnung des Bruchsacks und Erweiterung der gesetzten Operationswunde bis an den fundus herniae ein Convolut von Darmschlingen, zumeist dem unteren Ileum angehörig, die an 2 Stellen um eine von der Mesenterialwurzel zum Darm verlaufende Achse gedreht waren. Kein einschnürender Ring, kein Debridement. Nach Entwirrung des Volvulus Reposition der Schlingen. Bei der Obduction fand sich ausser der schon bei der Operation constatirten Peritonitis, dass die Torsionsverhältnisse an den reponirten Darmschlingen trotz der vorgenommenen Entwickelung fortdauerten.

Classe V.

Scheinreduction durch Zurückbringen eines vorgefallenen oder eingeklemmten Bruches bei Fortbestehen einer Einklemmung in einer entfernteren Darmpartie im Inneren der Bauchhöhle. 9 Fälle.

No. 1—3. Callender, George W.: Cases of masked hernia and other cases. St. Barthol. Hosp. Rep. IV. 1868. — Verfasser legt sich die Frage vor, ob in Folge der Fortdauer der Einklemmungs-Symptome nach vermeintlich gelungener Reposition die Laparotomie zur Erkennung und eventuellen Hebung der Ursache gerechtfertigt sei, und sucht, ohne dieselbe zu verwerfen, aus 3 Beobachtungen die Unberechenbarkeit dieser Ursachen und die häufige Unmöglichkeit, sie zu beseitigen, darzuthun.

In der einen war eine Portion des Ileum zu einem faustgrossen Knäuel zusammengerollt und durch peritonitische Adhäsionen so fest verlöthet, dass bei dem Versuche ihrer Trennung bei der Section die Darmwandung einriss.

In der zweiten zog sich ein Netzstrang vom Magen zum Bruchsack an den Leistenring herab, und um diesen Strang hatte sich eine Dünndarmschlinge $1\frac{1}{2}$ mal herumgeschlagen, wodurch ein vollständiger Darmverschluss bedingt wurde.

In der dritten, in der ein ähnlicher Strang vom Magen zum Schenkelring ausgespannt war, klemmte sich eine um ihre eigene Achse gedrehte Darmschlinge, die sich wie dieser Strang herumgeschlagen hatte, zwischen demselben und ihrem eigenen Gekröse ein.

No. 4. Hulke, Med. tim. and Gaz. Jan. 16. 1875. — 64jährige Frau, seit 7 Jahren mit rechtsseitigem Schenkelbruch behaftet, fand denselben seit 2 Tagen irreponibel. Gewöhnliche Einklemmungs-Erscheinungen. Bei der Herniotomie

wird nur ein kleines Stück Netz nach Lösung alter Adhäsionen reponirt. Unter Fortdauer der Einklemmungs-Erscheinungen Tod am 4. Tage nach der Operation. Das reponirte Netz war brandig, das untere Ende des Ileum durch einen ins Becken herabgehenden Strang verschlossen. Beginnende allgemeine Peritonitis.

No. 5. Polaillon, L'union med. No. 3. 1879. — Verfasser beschreibt eine intraparitale linksseitige Leistenhernie bei einem 29jährigen Manne, die vor 9 Jahren in Folge einer Anstrengung entstanden war und sich jetzt ohne besondere Veranlassung eingeklemmt hatte. 2 Tage darauf leichte Reposition in der Chloroform-Narkose; dennoch bestehen die Einklemmungs-Erscheinungen fort. Verfasser incidirt auf den linken Leistenkanal und findet eine kleine freie Darmschlinge, die er leicht zurückbringt. Bei Einführung des Zeigefingers in die Bauchhöhle fühlt er in der Gegend der hinteren Beckenwand einen einklemmenden Strang. Mit vieler Mühe gelingt es ihm, denselben zu incidiren und zu zerreissen. Heilung. Verfasser wird in einem ähnlichen Falle nicht mehr von der Herniotomie-Wunde aus vorgehen, sondern nach ausgedehnter Spaltung der linea alba.

No. 6. Bayer, K.: Herniologischo Erfahrungen. Aus der Klinik des Herrn Professor Gussenbauer. Prager med. Wochenschrift 1881. — In einem in Folge von Scheinreduction tödlich geendeten Falle zeigte die Section einen einklemmenden peritonitischen Strang in der Bauchhöhle mit Darmwandnekrose und Perforation.

No. 7. Schwarz: Hernia incarcerata, durch Laparotomie behoben. Wien. med. Blätter, No. 5. 1886. — Die Reposition einer angeblich incarcerirten Leistenhernie erfolgt leicht, nur bleiben die Incarcerations-Erscheinungen dieselben. Bei genauester Untersuchung konnte man weder im Hodensacke noch im linken Leistenkanale Intestina oder Netz finden. Bei der Laparotomie zeigte sich eine livid aussehende Dünndarmschlinge, in deren Verfolg man auf einen Strang traf, durch den Darm hindurchgeschoben und eingeschnürt erscheint. Der Strang stammte vom Netz und war an das Peritoneum des Bruchsackes angewachsen. Durchtrennung des Stranges. Heilung.

No. 8. Cabot: Notes on complications met with in cases of strangulated hernia. Boston journ. 1888. — In einem Falle zeigten sich nach der Reduction einer alten Inguinalhernie Incarcerations-Erscheinungen. Laparotomie in

der linea alba. Der Dünndarm ist stark ausgedehnt. Anlegung eines anus praeternat. Tod. Die Section ergiebt als Ursache der inneren Strangulation ein Band, das von dem alten Bruchsacke nach dem Mesenterium des Dünndarms ging. Bei der Operation hatte man ein anderes Band durchschnitten, das man für das constringirende gehalten hatte.

No. 9. Archibald Dixon, Annals of Surgery, 1889. Vol. VIII. — Verfasser machte bei einem 46jährigen Manne, der seit 25 Jahren einen linksseitigen Leistenbruch besass und mit schweren Einklemmungs-Erscheinungen erkrankte, nach vergeblichen Taxisversuchen am 2. Tage die Herniotomie, löste die Verwachsungen, reponirte den Darm und trug ein adhärentes Stück Netz ab. Die Einklemmungs-Erscheinungen dauerten aber an. Laparotomie: Linkerseits, von einer stark geschwollenen Drüse aus bis zum inneren Leistenringe hinziehend, eine Strangbildung, und unter dieser eine Schlinge des Dünndarms festgeklemmt. Der Strang wird durchtrennt. Tod 52 Stunden post secundam operationem an Erschöpfung.

Ich erwähne nun noch einen Fall, der sich in keine der aufgestellten Arten unterbringen lässt und der durch die Eigentümlichkeit der bei ihm stattgehabten Scheinreduction interessant ist.

No. 58. Bennett, E. H.: The Dublin Journ. of med. science. 1875. March. p. 262. — Eine 62jährige Frau hatte in Folge schwerer Arbeit plötzlich eine Vergrösserung ihres schon lange bestehenden Bruches bekommen. Es traten Einklemmungs-Erscheinungen auf; alle inneren Mittel wie Taxisversuche erfolglos. Nach 3 Tagen Herniotomia externa. Fortdauer der Einklemmungs-Erscheinungen. 2 Tage später Tod. Die Section ergiebt Verwachsungen der eingeklemmten Ileum-Schlinge mit dem Bruchsacke. An einer Stelle ebendaselbst Ansammlung eitriger Flüssigkeit. Bei der Operation war nur der Inhalt des Darms, nicht aber das Ileum selbst reponirt worden.

Die Gesammtzahl der für diese Arbeit herangezogenen Fälle von Scheinreductionen beträgt 58. Der Bruchart nach vertheilen sich dieselben auf 40 Leisten- und 8 Schenkelbrüche; in 10 Fällen ist die Bruchart nicht angegeben. 30 Fälle kommen auf das männliche, 9 auf das weibliche Geschlecht, 19 Mal ist das Geschlecht nicht erwähnt. Was die Seite betrifft, so ist in 14 Fällen die

rechte, in 9 Fällen die linke Seite verzeichnet, während in 35 Fällen die Seite sich nicht angegeben findet.

Was unser Interesse hauptsächlich in Anspruch nimmt, das sind die Resultate, welche die beiden hier in Betracht kommenden Operationen, die Herniotomie und die Laparotomie, ergeben.

Von unseren 58 Fällen wurden überhaupt operirt 46; die übrigen 12 Fälle, die einer Operation nicht unterlagen, theils weil die Einklemmung der Hernie sich nach geschehener Scheinreduction spontan löste, theils weil die Patienten zu Grunde gingen, ohne dass man zur Operation hätte schreiten können oder wollen, kommen für unsere jetzige Betrachtung selbstredend in Wegfall.

Unter den 46 operirten Fällen, von denen 23, also 50 Procent starben, finden sich 29 Herniotomieen und 17 Laparotomieen. Der Ausgang der herniotomirten Fälle war 14 Mal Genesung, 15 Mal Tod, der der laparotomirten 9 Mal Genesung, 8 Mal Tod, d. h. die Herniotomie weist eine Sterblichkeit von 51,7 Procent, die Laparotomie eine solche von 47,0 Procent auf. Die sich zu Ungunsten der Herniotomie herausstellende Differenz beträgt somit fast 5,0 Procent.

Fragen wir nach der Ursache dieses immerhin auffallenden Resultates und werfen wir einen Blick auf die folgende Tabelle, die uns eine Uebersicht über den Erfolg der beiden Operationen bei den einzelnen Arten der Scheinreduction giebt, so sehen wir sofort, wo diese Ursache zu finden ist: In der zweiten Klasse der Scheinreductionen überwiegt die Sterblichkeit bei der Herniotomie diejenige bei der Laparotomie um nicht weniger als 37,0 pCt. Indem ich zur Erklärung dieser Thatsache auf die Ausführungen verweise, die ich bereits bei der Besprechung der in jene Klasse gehörigen Fälle gemacht habe, erwähne ich hier noch als beachtenswerth, dass weder Streubel noch Lipnisski die für diese Fälle sich doch geradezu als Nothwendigkeit ergebende Laparotomie einer ein-

gehenderen Würdigung unterziehen. In sämmtlichen elf Fällen Streubels, wie in den zwölf Lipnisskis war die Herniotomie gemacht worden, ohne dass auch nur in einem einzigen der Zweck der Operation erreicht wurde. Die Einklemmungs-Erscheinungen hatten fortbestanden, und die Kranken waren sämmtlich zu Grunde gegangen; die Laparatomie, selbst die nachfolgende, war nicht ein Mal vorgenommen worden.

Art der Scheinreduction	Zahl der Fälle		Geheilt		Gestorben	
	H.	L.	H.	L.	H.	L.
Classe I	9	8	6	3	3 = 33,3 %	5 = 62,5 %
„ II	14	5	6	4	8 = 57,1 %	1 = 20,0 %
„ III	2	1	1	1	1	—
„ IV	1	—	—	—	1	—
„ V	2	3	1	1	1	2

Ich will nun gewiss nicht die Laparotomie als die bei der Scheinreduction allein berechtigte und rationelle Operation hinstellen. Wir werden oft genug mit der Herniotomie auskommen, wir werden aber andererseits für eine Reihe von Fällen die Laparotomie nicht entbehren können.

Unter diesen letzteren nehmen nun die durch Divertikelbildungen bedingten Scheinreductionen, die uns eine so verhängnissvolle Liste von Irrungen und Täuschungen darbieten, die erste Stelle ein. Es wäre bei der in den meisten dieser Fälle bestehenden Unmöglichkeit, die Art der Scheinreduction vor der Operation zu erkennen, ein Nonsens, dem Operateur, der nicht von vornherein zur Laparotomie geschritten ist, daraus einen Vorwurf machen zu wollen. Fordern aber müssen wir, dass er sich bei der Herniotomie auf das Gewissenhafteste von der Lösung der Einklemmung und der richtigen Reposition des Darmes überzeuge, andern Falls bei dem geringsten verdächtigen Symptome zur Aufsuchung des Hindernisses die Laparotomie vornehme.

Wir haben bis jetzt stets von der Laparatomie im Allmeinen als der Eröffnung der Bauchhöhle zum Zwecke der Aufsuchung des scheinbar reducirten, eingeklemmten Bruches gesprochen, ohne einen Unterschied zu machen, ob dieselbe in der Mittellinie oder auf der dem betr. Bruche entsprechenden Seite ausgeführt worden war. Für die Beurtheilung des Werthes der Operation aber werden wir diesen Unterschied hervorheben müssen, und es ist auch auf den ersten Blick verständlich, auf Seiten welcher Methode die grösseren Vortheile liegen.

Wenn wir uns vergegenwärtigen, dass die Scheinreductionen in der Mehrzahl der Fälle in der Richtung des Bruchkanals erfolgen, dass ferner die anatomischen Verhältnisse es bedingen, dass der scheinbar reducirte Bruch sich fast stets in nur geringer Entfernung von der Bruchpforte befindet, wenn wir andererseits bedenken, wie grosse Schwierigkeiten dem Operateur bei einer Laparotomie in der Mittellinie daraus erwachsen, dass er den scheinbar reducirten Bruch nicht direct zu Gesicht bekommt, sondern sich bis zu demselben hinfühlen und ihn dann in die Operationswunde hineinziehen muss, wenn wir erwägen, wie schwierig in Folge fester Fixirung der betr. Darmschlinge gerade dieser letztere Act sein kann, wie nahe ferner die Gefahr liegt, unter solchen Verhältnissen bei den Bemühungen, die Darmschlinge bezw. die Einklemmung zu lösen, einen vielleicht schon gangränösen Darm zu zerreissen, und wenn wir uns auf der anderen Seite dagegenhalten, dass alle diese Nachtheile für die Laparatomie auf der betreffenden Bruchseite in Wegfall kommen, bezw., da wir die Verhältnisse ohne grosse Mühe übersehen können, ihre wesentlichen Gefahren verlieren, so werden wir uns gewiss für die letztere Art der Laparotomie entscheiden. Sehen wir zu, ob diese Erwägungen in den Resultaten der Operation ihre Bestätigung finden.

Die folgende Tabelle giebt eine Uebersicht über die Erfolge beider Arten der Laparotomie, zuerst im Ganzen, dann bei den einzelnen Arten der Scheinreductionen.

Art der Scheinreduction	Zahl der operirten Fälle		Geheilt		Gestorben	
	L. m.	L. s.	L. m.	L. s.	L. m.	L. s.
Classe I–V.....	11	6	4	5	7 = 63,6 %	1 = 16,6 %
„ I.....	7	1	2	1	5 = 71,4 %	—
„ II.....	—	5	—	4	—	1 = 20,0 %
„ III.....	1	—	1	—	—	—
„ IV.....	—	—	—	—	—	—
„ V.....	3	—	1	—	2 = 66,6 %	—

In der That finden wir durch diese Zusammenstellung voll bestätigt, was wir oben per reflexionem gefunden hatten. Nun wollen wir ja nicht behaupten, dass die sieben tödlich geendigten Fälle, bei denen die Laparotomie in der linea alba gemacht worden war, einen weniger ungünstigen Ausgang gehabt hätten, wenn man die Operation auf der betreffenden Bruchseite vorgenommen hätte, und umgekehrt, dass die durch seitliche Laparotomie geheilten fünf Fälle bei Ausführung der Operation in der Mittellinie nicht geheilt worden wären. Die Zahlen, die wir vorzuführen haben, sind viel zu klein, um durch sie etwas beweisen zu können. Andererseits aber sind die Gründe, die für die Vornahme der Operation in der Verlängerung des betr. Bruchkanals sprechen, viel zu einleuchtend, als dass wir nicht unbedenklich dieser Art der Laparatomie vor der anderen den Vorzug geben sollten. Einem Späteren wird es vorbehalten bleiben, an der Hand eines grösseren Materials auch den zahlenmässigen Beweis für die Berechtigung der heut von uns getroffenen Entscheidung zu bringen.

Die Frage, von welchem Einflusse der Zeitpunkt, an welchem die Operation vorgenommen wird, auf den Ausgang derselben ist, ist schwer zu beantworten. Ich habe in der folgenden Tabelle eine nach den verschiedenen Tagen der Operation angeordnete Uebersicht der laparotomirten Fälle gegeben.

Tag der Operation	Zahl der Fälle	Geheilt	Gestorben
1	1	—	1
2	1	—	1
3	1	—	1
4	1	—	1
5	1	1	—
6	2	2	—
7	2	1	1
8	—	—	—
9	1	1	—
14	1	—	1
unbekannt	6	4	2

Wir ersehen aus dieser Zusammenstellung, dass es unmöglich ist, wenigstens aus den hier in Betracht kommenden Fällen, irgend einen Anhaltspunkt für die Beantwortung der obigen Frage abzuleiten. Wir sehen gerade die in den ersten vier Tagen operirten Fälle tödlich enden, während unter den später operirten die meisten geheilt wurden, einer sogar, bei dem die Operation erst neun Tage nach stattgehabter Einklemmung und Scheinreduction vorgenommen worden war (Partsch).

So widersprechend auch diese Resultate sind, so finden sie doch ihre Erklärung theils durch die in den verschiedenen Fällen offenbar sehr verschiedene Intensität der Einklemmung, theils durch die mannigfaltigen, für den Ausgang gerade dieser Operationen so bedeutenden Schwierigkeiten und Gefahren, die wir im Laufe dieser Arbeit bereits zu erörtern Gelegenheit hatten.

Interessant ist ein Vergleich der Operations-Resultate bei den Scheinreduktionen mit denen der Laparotomie bei innerem Darmverschluss bezw. der Herniotomie bei eingeklemmten Brüchen. Wir haben die Sterblichkeit bei den Scheinreductionen gefunden:

für die Herniotomie 51,7 pCt.
„ „ Laparotomie 47,0 „

Für die Herniotomie bei eingeklemmten Brüchen fanden
Schmidt 36,6 pCt. Sterblichkeit,
Reichel 39,08 „ „

Für die Laparotomie bei innerem Darmverschluss fand Schramm 58,0 pCt. Sterblichkeit.

Diese Zahlen besagen: Für die Herniotomie bei den Scheinreductionen ist die Sterblichkeit fast 12 pCt. höher als für die gleiche Operation bei den eingeklemmten Brüchen; wir haben oben gesehen, auf Rechnung welcher Fälle wir diese Differenz grossenteils zu setzen haben. Für die Laparotomie bei den Scheinreductionen dagegen stellt sich die Sterblichkeit um 11,0 pCt. geringer als für die gleiche Operation bei innerem Darmverschluss; wir haben in der Einleitung dieser Arbeit darauf hingewiesen, worauf dieser günstigere Erfolg zurückzuführen ist.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, Herrn Professor Dr. Partsch für die freundliche Anregung zur Abfassung vorliegender Arbeit, sowie für die Unterstützung, die er mir bei der Anfertigung derselben durch Angabe der einschlägigen Litteratur und Ueberlassung eines Falles aus seiner Praxis zur Veröffentlichung zu Theil werden liess, meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Vita.

Verfasser, Oswald Richter, Sohn des Kaufmanns D. Richter und seiner Ehefrau Franziska, geb. Jung, wurde am 6. November 1865 zu Breslau geboren.

Seine Schulbildung erhielt er auf dem Kgl. Friedrichs-Gymnasium zu Breslau, welches er Ostern 1885 mit dem Zeugniss der Reife verliess. Hierauf widmete er sich an der Kgl. Universität zu Breslau während 9 Semestern dem Studium der Medicin. Am 28. Juli 1887 bestand er daselbst das Tentamen physicum, am 29. April 1890 die medicinische Staatsprüfung und am 25. Juni desselben Jahres das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Curse und Kliniken folgender Herren Professoren und Dozenten:

Biermer, Born, F. Cohn, H. Cohn, Filehne, Fischer, Flügge, Förster, Fränkel, Fritsch, Hasse, Heidenhain, Hirt, Kaufmann, Kolaczek, Löwig †, Neisser, Partsch, Ponfick, Richter, Röhmann, Schneider †, Schoenlein, Wiener.

Allen diesen seinen verehrten Lehrern sagt Verfasser an dieser Stelle seinen besten Dank.

Thesen.

1. Für die in der Laparotomie bestehende operative Behandlung bestimmter Fälle von Scheinreductionen eingeklemmter Brüche ist dem seitlichen, in der Verlängerung des Bruchkanals ausgeführten Schnitte vor der Eröffnung der Bauchhöhle in der linea alba der Vorzug zu geben.
2. Gruppen-Erkrankungen an Typhus werden zu oft ohne ausreichende Begründung auf Rechnung des Wassers gesetzt.
3. Bei schweren Blutverlusten ist die Infusion von Kochsalz-Lösungen der Bluttransfusion entschieden vorzuziehen.

Gaylord
PAMPHLET BINDER
Syracuse, N. Y.
Stockton, Calif.

COLUMBIA UNIVERSITY LIBRARIES (hsl,stx)
RD 621 R412 1890 C.1
Ueber Herniolaparotomie.
2002108054

BOU
MAY 15